重要事項説明書

済生会今治第二病院　通所リハビリテーション

目次

1.事業所の概要 2
2.事業所の基本方針・目的 2
3.事業所の職員体制 3
4.営業日及び時間 3
5.通所の事業実施地域 3
6.サービス内容 4
7.協力医療機関等 4
8.サービス利用料金 5
9.ご準備いただくもの 9
10.サービス提供の記録等 9
11.急変時の対応 9
12.利用時のリスク説明と事故発生時の対応 10
13.非常災害対策 10
14.相談窓口・苦情対応 10
15.台風や大雨、災害等について 11
16.当通所リハビリからのお願い 11
17.個人情報の取り扱いについて 12

済生会今治第二病院　通所リハビリテーション　重要事項説明書

1.事業所の概要

施設名	社会福祉法人恩賜財団済生会今治第二病院
サービスの種類	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
開設年月日	平成 15 年 12 月 1 日
所在地	愛媛県今治市北日吉町 1 丁目 7 番 43 号
	3 階　道路側
電話番号	（0898）23-0100：病院代表　　（0898）32-6350：通所リハビリ直通
ファックス番号	（0898）23-0300
代表者	愛媛県済生会支部長　岡田　武志
管理者	済生会今治第二病院　院長　松浦　文三
管理者代行	池田　義久（理学療法士）
第三者評価	無
利用定員	70 名（1 日）

2.事業所の基本方針・目的

目的	当施設は要介護・要支援状態等になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、その他の必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者様の心身の機能の維持回復を図ることを目的とした施設です。	
基本方針	1	利用者様の人格を尊重し､安全と安楽に留意した通所リハビリテーションの提供をいたします。
	2	在宅に直結したサービスを提供することにより､利用者様やご家族様に安心と信頼の得られる通所リハビリテーション施設の構築を目指します。
	3	個々の利用者様自らがいきいきと生活できるように、ニーズ（ご要望）を的確に捉え、通所リハビリテーションの計画立案・実施・評価を行い必要な説明と指導に努めます。
	4	老人心理・心身の状態に対する知識を広げると共に、接遇の向上に努めます。
	5	医療と福祉の連携を密にし、チーム医療・福祉の向上を図ります。
	6	専門職として研鑽し、社会の変動・医療の進歩に伴った通所リハビリテーション施設の質の向上に努めます。

3.事業所の職員体制

職種	人数	備考	勤務時間
管理者（医師）	1	兼任	正規の勤務時間（8：30～17：00）外来診療と兼務で勤務いたします
医師	1名以上	兼任	
看護師	1名以上	常勤	早出 8：00～16：30 日勤 8：30～17：00 遅出 9：00～17：30
理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士	4名以上	常勤・非常勤	
介護職員・介護補助員	4名以上	常勤・非常勤	
管理栄養士	1名以上	兼任	
事務職員	1名以上	常勤	
運転手	1名以上	非常勤	8：00～10：00 15：00～17：30

※　職員の人員は状況に応じ変更があります。

4.営業日及び時間

営業日	月～土曜日・祝日。 但し 1～2 時間未満の短時間リハビリは月～金のみ
営業時間	8：30～17：00
休業日	日曜日 祝日（1～2 時間未満の短時間リハビリのみ休み） 年末年始（介護給付 12 月 31 日～1 月 3 日、1～2 時間未満の短時間リハビリ 12 月 29 日 ～ 1 月 3 日）
但し諸事情により変更する場合あり	

※急なお休みの場合は 32-6350（通所リハビリ直通）までお願いします。

5.通所の事業実施地域

今治市

6.サービス内容

(1) サービス内容

送迎	事業所が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。車椅子のままでも乗車いただける送迎車でお迎えにあがります。
食事	栄養とバランスを考慮した食事を用意しています。治療食が必要な方にも適切な食事をご用意いたします。 アレルギーに関しては別紙確認お願いします。
入浴	ご希望により一般浴槽・特殊浴槽で入浴できます。職員が入浴のお手伝いをさせて頂きます。
リハビリテーション	専任の理学療法士・作業療法士等により「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図ります。
健康管理	血圧、脈拍測定や体温などの健康チェック等を行います。
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
趣味活動	ご希望の趣味や文化活動を行います。
相談援助	ご利用に対して必要な支援サービスを行います。
その他	お休みの場合は必ず前日又は当日朝 8:30 までにご連絡下さい。連絡がない場合は食材費　570 円を頂きます。

※　サービス提供に当たっては、「通所リハビリサービス計画書」に沿って計画的に提供し、サービス内容については、利用者の希望を確認したうえで実施いたします。

(2) 事業所従業者の禁止行為

通所リハビリテーション従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

① 医療行為（ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く。）

② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

7.協力医療機関等

施設名：済生会今治病院

住所：今治市喜田村 7 丁目 1 番 6 号

電話：(0898) 47-2500

8.サービス利用料金

①通所リハビリテーション費　※介護報酬改定により変更する場合がございます

（1）基本料金（大規模事業所）

※下記基本料金は負担割合が 1 割の方の自己負担分です。2 割負担の方は、下記料金の 2 倍となります。
基本料金は送迎代込みとなっております。送迎を実施しない場合は片道につき 47 円減額されます。

	1-2 時間	2-3 時間	3-4 時間	4-5 時間	5-6 時間	6-7 時間	7-8 時間
要介護 1	357 円	372 円	470 円	525 円	584 円	675 円	714 円
要介護 2	388 円	427 円	547 円	611 円	692 円	802 円	847 円
要介護 3	415 円	482 円	623 円	696 円	800 円	926 円	983 円
要介護 4	445 円	536 円	719 円	805 円	929 円	1,077 円	1,140 円
要介護 5	475 円	591 円	816 円	912 円	1,053 円	1,224 円	1,300 円

（2）加算料金（以下の用件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます）

説明した加算内容に☑入れる

<table>
<tr><th>加算の種類</th><th colspan="2">加算要件</th><th>自己負担額
（一割負担の場合）</th></tr>
<tr><td>□リハビリテーションマネジメント加算（ィ）</td><td rowspan="3">医師、理学療法士等、その他の職種の者が共同で計画の作成からサービスの提供とその評価を行うことなどの、より継続的に通所リハビリテーションの質を管理した場合に算定。</td><td>医師を含めた通所スタッフ・関連する事業所・本人・家族参加での会議（以下、リハビリ会議※）を開催。
リハ計画の説明は療法士が実施。</td><td>560 円/月（同意日の属する月から 6 ヶ月以内）
240 円/月（同意日の属する月から 6 ヵ月越）</td></tr>
<tr><td>□リハビリテーションマネジメント加算（ロ）</td><td>リハビリ会議を開催。
リハ計画の説明は療法士が実施
作成したリハ計画や会議録内容を厚生労働省にデータ提出。</td><td>593 円/月（同意日の属する月から 6 ヶ月以内）
273 円/月（同意日の属する月から 6 ヵ月越）</td></tr>
<tr><td>□リハビリテーションマネジメント加算（ハ）</td><td>加算（ロ）の内容に加え、口腔・栄養アセスメントを実施。リハ・口腔・栄養の情報を一体的に活用。</td><td>793 円/月（同意日の属する月から 6 ヶ月以内）
473 円/月（同意日の属する月から 6 ヵ月越）</td></tr>
<tr><td colspan="2">□リハビリ会議の際、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合。</td><td>270 円/月</td></tr>
<tr><td colspan="3">※リハビリ会議：6 月以内は月に 1 回以上、6 月を越えた場合は 3 月に 1 回開催。</td></tr>
<tr><td>□短期集中個別リハビリ加算</td><td colspan="2">退院（所）日又は認定日から 3 ヶ月以内の期間に個別リハビリテーションを概ね週 2 回以上、1 回あたり 40 分以上個別リハビリを実施。</td><td>110 円/日</td></tr>
<tr><td>□生活行為向上リハビリ</td><td colspan="2">生活行為の内容の充実を図るための目標及びその手</td><td>1250 円/月</td></tr>
</table>

	段をサービス計画に定め、利用者の有する能力の向上を支援した場合。リハビリ会議必須。	
□認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	認知症と診断され、生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内の期間に個別リハビリテーションを20分以上行った場合。リハビリ会議必須。	240 円/日（1 週間に 2 日まで）
□認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ		1920 円/月（1 月に 4 回以上実施。）
□若年性認知症利用者受入加算	40 歳から 64 歳までの利用者を対象に認知症に対するリハビリを行なった場合。	60 円／回
□入浴介助加算（Ⅰ）	入浴中の利用者の観察を含む介助を行なう場合。	40 円/回
□入浴介助加算（Ⅱ）	利用者の希望する入浴場所や入浴方法で入浴できることを目的に、居宅を訪問し把握した浴室環境等を踏まえた入浴計画書の作成と、計画に沿った支援を行った場合。	60 円/回
□移行支援加算	厚生労働省が定める基準に適合していると県に届出をし、社会参加等を支援している場合。	12 円/日
□栄養アセスメント加算	管理栄養士を配置し利用者ごとに多職種共同で栄養アセスメントを行なう。	50 円/月
□栄養改善加算	低栄養状態のある利用者に足して個別的に栄養食事相談等の栄養管理や栄養改善サービスを実施した場合。	200 円/回（1 月に 2 回を上限）
□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	利用開始時及び6月ごとに口腔及び栄養状態確認。	20 円/回（6 月に 1 回を限度）
□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	利用開始時及び 6 月ごとに口腔もしくは栄養状態を確認。	5 円/回（6 月に 1 回を限度）
□口腔機能向上加算Ⅰ	多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成。個別に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の実施。	150 円/回（月 2 回を限度）原則 3 ヶ月以内
□口腔機能向上加算Ⅱ	多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成。個別に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の実施。作成した口腔機能改善管理計画内容を厚生労働省にデータ提出。	160 円/回（月 2 回限度）原則 3 ヶ月以内
□重度療養管理加算	要介護3～5で厚生労働大臣が定める状態※にある方に対して、計画的な医学管理のもと通所リハビリを行なった場合。	100 円/日
□中重度者ケア体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築	20 円/日
□リハビリ提供体制加算	常時、事業所内に配置されている療法士の合計数が利用者の数が 25 又はその端数ごとに 1 以上配置。提供時間 3 時間以上のみ。	12 円／回（3～4 時間）16 円/回（4～5 時間）20 円/回（5～6 時間）24 円/回（6～7 時間） 28 円/回（7 時間以上）
□サービス提供体制加算Ⅰ	介護職の内、介護福祉士 70%以上配置。	22 円/回
□理学療法士等体制強化加算	1～2 時間未満のみ。1～2 時間未満のサービスに専従の療法士 2 名以上配置。	30 円/回

□介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行なう事業所に認められる加算。区分支給限度額の対象外。	1 月につき所定単位×8.6%
□科学的介護推進体制加算	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省にデータ提出。その情報を通所リハビリテーションの適切かつ有効な提供に活用している場合。	40 円/月
□送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-47 円/片道
□退院時共同指導加算	事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行う。	600 円/回

※ィ　常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
ロ　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
ハ　中心静脈注射を実施している場合
ニ　人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
ホ　重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
ヘ　膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表 5 号に掲げる身体障害程度等級表の 4 級以上かつ、ストーマの処置を実施している状態
ト　経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
チ　褥創に対する治療を実施している状態
リ　気管切開が行われている状態

②介護予防通所リハビリテーション費　※介護報酬改定により変更する場合がございます

(1) 基本料金
※下記料金は負担割合が 1 割の方の自己負担分です。2 割負担の方は、下記料金の 2 倍となります。

要支援 1	2,268 円/月
要支援 2	4,228 円/月

(2) 加算料金（以下の用件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます）
説明した加算内容に☑入れる

加算の種類	加算用件	自己負担額 (一割負担の場合)
□退院時共同指導加算	事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行う。	600 円/回
□栄養アセスメント加算		50 円/月
□栄養改善加算	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に足して個別的に栄養食事相談等の栄養管理や栄養改善サービスを実施した場合。	200 円/月
□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	利用開始時及び 6 月ごとに口腔及び栄養状態確認。	20 円/回（6 月に 1 回を限度）
□口腔・栄養スクリーニング加算	利用開始時及び 6 月ごとに口腔もしくは栄	5 円/回（6 月に 1 回を限

（Ⅱ）	養状態を確認。	度）
□口腔機能向上加算（Ⅰ）	多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成。個別に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の実施。	150 円/回（月 2 回を限度） 原則 3 ヶ月以内
□口腔機能向上加算（Ⅱ）	多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成。個別に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の実施。作成した口腔機能改善管理計画内容を厚生労働省にデータ提出。	160 円/回（月 2 回を限度） 原則 3 ヶ月以内
□一体的サービス提供加算		480 円/月
□科学的介護推進体制加算	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省にデータ提出。その情報を通所リハビリテーションの適切かつ有効な提供に活用している場合。	40 円/月
□サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職の内、介護福祉士 70%以上配置。	88 円/月（要支援 1） 176 円/月（要支援 2）
□介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行なう事業所に認められる加算。区分支給限度額の対象外。	1 月につき所定単位×8.6%
□減算	利用開始日の属する月から 12 月を超えた期間にリハビリを行なった場合	-120 円/月（要支援 1） -240 円/月（要支援 2）

③介護保険外費用（ご希望によりサービスの提供を行います）

食事代	570 円/回 行事等でお弁当になる場合は 1000 円前後
入浴時のタオル一式貸し出し	100 円/回（シャンプー代等込み）
趣味活動に係る原材料費	実費 ※例　フラワーアレンジメント 1000 円/回
おむつ代	紙パンツ M-L73 円/枚 LL92 円/枚 おむつ M79 円/枚 L92 円尿パッド 14 円/枚

※その他必要に応じ、購入するものについては実費請求致します。

＜お支払方法＞

毎月 10 日までに前月分の請求書を発行いたしますので、その月の月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払方法は、郵便局・銀行自動引き落としが選べます。利用申し込み時にお選びください。

9.ご準備いただくもの

入浴時の着替え等	下着、靴下、洋服	毎回	
	シャンプー、ボディソープ	毎回	預かり可能です
	バスタオル1枚 フェイスタオル3枚	毎回	施設用の貸し出しもあります（有料）
薬	昼食後など、ご利用時間内に服用するもの 軟膏・処置用品（入浴後等に塗ったり処置に必要な物品）	毎回	現在内服中のお薬情報（お薬手帳）や受診ごとに処方されたお薬情報を持参して下さい。 軟膏・処置用品は別袋でお願いします。
歯磨きセット一式	昼食後に歯磨きを行います	毎回	希望者のみ。 別袋でお願いします。
連絡帳		毎回	初回利用時にお渡しします。次回の送迎時間を記入しますので確認お願いします。
連絡袋	連絡帳や利用請求書、領収証などの書類やお知らせなどを入れる連絡袋になります。	毎回	初回利用時にお渡しします。 内服薬は連絡袋にお願いします。
持ち物を入れるカバンの大きさは40cm四方以下でお願いします。			
※持ち物には必ずお名前（フルネーム）をご記入ください。 ※持ち物を入れるカバンには当事業所でネーム札を準備させていただきます。また、歯磨きセット持参の方に確認用シールをネーム札に貼らせていただきます。			

10.サービス提供の記録等

① サービスを提供した際には、あらかじめ定められた記録書にサービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを終了した日から2年間は適切に保管します。

② 利用者は、事業所に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び謄写の交付（謄写代は実費）を請求することが出来ます。

③ 事業者は、前記の「通所リハビリサービス記録書」等の記録を作成完了後 2 年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付します。

11.急変時の対応

① サービス提供中、利用者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、利用者が予め指定する連絡先に連絡しお迎えに来て頂く事になります。

② 自宅へお迎えに行った際、体調不良等でサービスが提供できないと事業所が判断した場合は、その日の利用をお断りする場合があります。

③ 緊急時に備え、定期薬のお薬情報の提示をお願い致します。

12.利用時のリスク説明と事故発生時の対応

当通所リハビリでは、リハビリテーションの観点からご本人様の能力を活かした活動を提供したいと考えており、できる事はなるべくご自分で行なって頂くようにしております。事故等や不測の事態が起こらないように安全には十分に配慮いたしますが、利用者の身体状況や病気、認知症、加齢等に伴う様々な要因で、下記の危険性が生じたとしても、必ずしも介護現場の過失による事故と位置付けられないことはご理解ください。

- 転倒や転落による骨折や外傷。
- 誤飲・誤嚥・窒息。

万が一、上記リスクが発生した場合

① 当事業所の提供サービスにより事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、人命を最優先とし、迅速・適切な対応を行います。
② 骨折、外傷、誤嚥などで治療が必要となった際の治療費・交通費は自己負担となります。
③ 事業所の責により利用者に対する賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
④ 発生後、発生要因の追及や発生時対策を講じ、その定期的な見直しを図ります。

転倒等、リスクはご自宅でも起こりうる可能性があります。日常生活においても十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。また、通所リハ利用中は利用者のリスク評価を定期的に行い必要に応じて、ご本人やご家族、ケアマネジャー等と連携を図ります。

緊急時・事故発生時連絡先　※日中連絡先

名前　　続柄　　電話番号　　（自宅・携帯・勤務先）
住所
名前　　続柄　　電話番号　　（自宅・携帯・勤務先）
住所

かかりつけ医療機関　　主治医

緊急時の対応方法における主治医や家族等の連絡先については、本契約書、重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

13.非常災害対策

防災設備：スプリンクラー、消火器、消火栓
防火訓練：年 2 回実施

14.相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所相談窓口 済生会今治第二病院 通所リハビリテーション	住所	今治市北日吉町 1 丁目 7 番 43 号
	電話番号	0898―23―0100
	FAX 番号	0898－23－0300
	受付日	月曜日～土曜日、祝日
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分
	苦情受付担当者	在宅部門管理責任者 看護部長 事務長 第三者委員
	苦情解決責任者	院長

※愛媛県国民健康保険団体連合会（松山市高岡町 101-1・電話 089-968-8800）にも申し立てできます。

15.台風や大雨、災害等について

① 大雨や台風等により警報もしくは特別警報が出た場合、営業を中止もしくは営業時間を短縮する場合がございます。
② 自治体からの防災情報等で警戒レベル 4 以上の地域は送迎を行わない場合がございます。
③ 今治市周辺に震度 5 以上の地震が発生した場合、営業を中止もしくは営業短縮する場合がございます。またその際、今治市内の被害状況等を考慮し送迎が危険と判断した場合は、ご家族様等による送迎をお願いする場合がございます。
④ 感染等が蔓延したもしくは蔓延するおそれのある場合は営業を中止もしくは営業短縮する場合がございます。

16.当通所リハビリからのお願い

① 送迎時間は予め決めさせていただきますが天候や交通事情等により変更する場合がございますのでご了承ください。
② 飲酒、喫煙は固くお断りしております。当院は敷地内禁煙となっております。
③ 必要と認められたもの以外の飲食物の持ち込みはお断りいたします。
④ 施設内の設備や、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、修理費を頂く場合がございます。
⑤ 危険物（はさみやナイフ等）の持ち込みはお断りします。これに反した場合は、利用停止や市町村や警察等にご相談する場合があります。
⑥ 金銭、貴重品等は基本的に持ち込まないようにお願いします。事業所で預かることはできません。万が一紛失等の際は責任を負いかねますのでご了承ください。
⑦ 宗教活動や営利活動、ペットの持ち込みは固くお断りいたします。
⑧ 自宅のペット（犬や猫など）は必ずリード等につなぎ送迎に支障が無いようお願いします。職員がペットにかまれた場合、治療費等のご相談をさせていただく場合がございます。
⑨ 利用者間での物品・飲食物等のやり取りは行わないでください。
⑩ 職員や他の利用者へのカスタマーハラスメント、セクシャルハラスメント等、以下に該当するような行為はお断りします。これらのハラスメント行為等が確認され、その行為を止めるための注意勧告が守れない場合、サービスの中断や契約を解除できるものとします。

▸身体的な攻撃（暴行、傷害）殴る、蹴る、叩く等の暴行を行うこと等
▸精神的な攻撃（脅迫、中傷、名誉毀損、侮辱、暴言、土下座の強要等）盗撮や無断での撮影・録音ＳＮＳ等のインターネット上へ職員のプライバシーに係る情報の投稿等
▸威圧的な言動（大きな声をあげて職員や周囲を威圧すること等）
▸継続的、執拗な言動（当初の話からすり替え、揚げ足取り、執拗な責め立てをすること等）
▸拘束的な言動（不退去、居座り、監禁）長時間に渡る居座りや電話で職員を拘束すること等
▸性的な要求（体をさわる、卑猥な言動等）や、労働者のプライバシーに関わる要求をすること等

⑪ 当事業所では将来の医療・介護を担う学生（介護福祉士、理学療法士、作業療法士等を目指す学生）の受け入れを行なっており、実習期間中、利用者様の治療や介護の見学・補助を行う場合があります。それぞれ有資格者の指導・監督のもと実習をおこなっております。ご理解とご協力をお願いします。

17.個人情報の取り扱いについて

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者を使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、安全に管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
個人情報利用目的	① 当事業所での介護サービスの提供。 ② 介護支援専門員、地域包括支援センター、介護サービス事業所、自治体、医療機関等との連携や情報提供。 ③ 体調不良時の緊急連絡や当事業所からお知らせの連絡。 ④ 介護保険事務における支払機関や保険者へのレセプト提出や照会への回答。

※必ず家族代表の方は当事業所が利用者の家族を含む個人情報を利用することに関して、他の家族等から承諾を得るようにお願いします。もし承諾を得ることができない場合はその旨をお知らせ下さい。